

Mastopatía diabética. Poco frecuente pero importante.

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Sara Jiménez Arranz, Ana Belén Delgado Laguna, Silvia Alonso Roca, Eva Labrador Barba, Teresa Díaz De Bustamante Durbán

Objetivos

Los principales objetivos del trabajo son:

- Describir los hallazgos de imagen en mamografía y ecografía y los hallazgos histopatológicos de la mastopatía diabética (MD).
- Conocer la presentación clínica, la evolución y el tratamiento de esta rara pero importante entidad.
- Conocer la importancia de la biopsia guiada por ecografía para su diagnóstico histológico definitivo y para realizar el diagnóstico diferencial con el cáncer de mama.

Material y métodos

Describimos 5 casos de pacientes con mastopatía diabética diagnosticadas y tratadas en nuestros centros, Hospital Universitario 12 de octubre y Hospital Universitario Fundación Alcorcón, desde 2013 a la actualidad.

Realizamos una mamografía y una ecografía a todas las pacientes en el momento del diagnóstico y a 2 de ellas una mamografía y ecografía de control a los 6 meses y al año, para valorar estabilidad.

Las mamografías se realizaron con un mamógrafo Senographe Essential de GE y un equipo Inspiration de Siemens. Para las ecografías utilizamos un ecógrafo Philips y un Nemio de Toshiba.

En todas las pacientes realizamos una BAG guiada por ecografía, con agujas de 14G, y en todas obtuvimos un diagnóstico histológico compatible con MD.

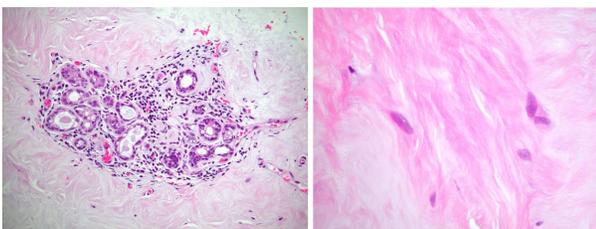


Figura 1. Paciente 1. Estudio histopatológico con técnica de Hematoxilina-Eosina del cilindro de mama de 14 G. Mastitis linfocitaria con ductitis y vasculitis con detalle de la fibrosis densa tipo queloide.

No recurrimos en ningún caso a PAAF ni a biopsia quirúrgica.

No realizamos RM mamaria en ningún caso, ya que obtuvimos el diagnóstico histológico de MD con congruencia radiopatológica y confirmamos benignidad en todas las pacientes.

Imágenes en esta sección:

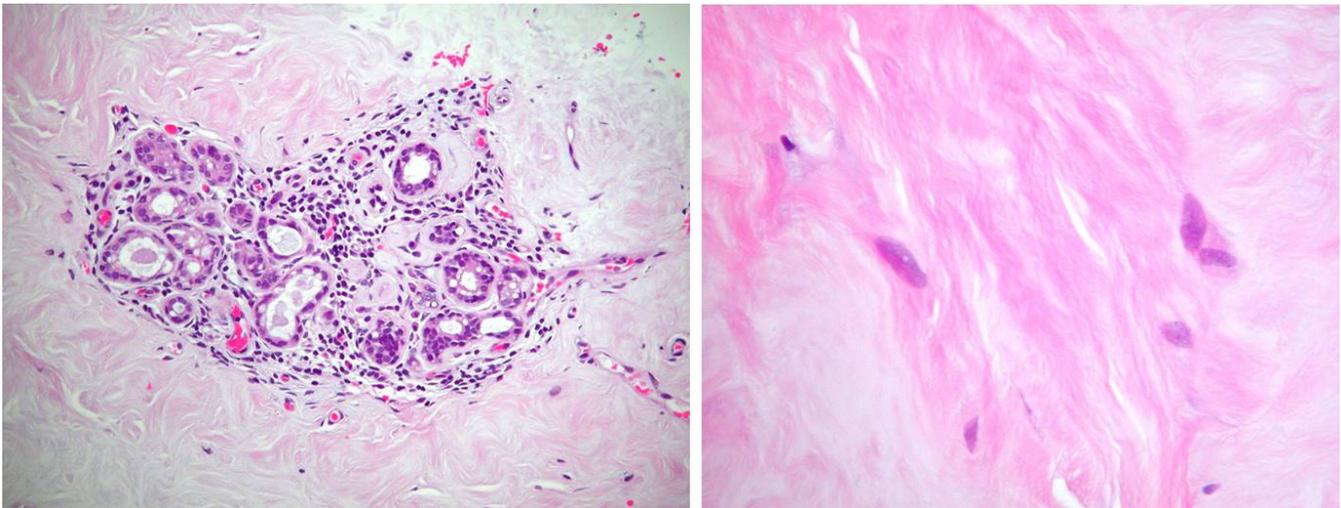


Fig. 1: Figura 1. Estudio histopatológico con técnica de Hematoxilina-Eosina del cilindro de mama de 14 G. Mastitis linfocitaria con ductitis y vasculitis con detalle de la densa fibrosis tipo queloide.

Resultados

Estos son los resultados de nuestro estudio:

Desde septiembre de 2012 a septiembre de 2015 analizamos 5 casos de pacientes, todas mujeres, con diagnóstico histológico de MD.

La edad media en el momento del diagnóstico de la MD es de 37,2 años (rango de 34 a 41). Todas son insulino-dependientes tipo 1 con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 9 años.

La presentación clínica más frecuente es lesión palpable, motivo por el cual se realizaron las pruebas de imagen a 4 de las 5 pacientes (80%). La quinta paciente sólo presentaba mastalgia en el momento del diagnóstico.

El hallazgo mamográfico más frecuente es asimetría focal o densidad focal asimétrica, en un 60% de los casos (3 de 5 pacientes). En 1 paciente (20%) se objetivó un nódulo oval bien definido y de densidad superior al parénquima mamario y en la última paciente (restante 20%) mamografía sin hallazgos con

elevada densidad mamográfica.

En la ecografía se presenta como lesión nodular o masa hipoecoica mal definida con sombra acústica posterior en un 80% de los casos (4 de 5 pacientes). En la quinta paciente el hallazgo ecográfico fue una distorsión con alteración de la arquitectura y mala transmisión acústica posterior. En 1 de los casos las alteraciones eran bilaterales.

El tamaño de las lesiones es de 20 a 70 mm (tamaño medio de 38,8 mm).

Estos hallazgos son categorizados como BI-RADS 4 en todos los pacientes - categoría BI-RADS 4b en el 60% y categoría BI-RADS 4c en el 40% restante.

Para el diagnóstico se realizó BAG guiada por ecografía (14G) a todas las pacientes.

Se decidió tratamiento conservador con seguimiento estricto en 4 de las 5 pacientes (80%), ya que se trata de una entidad benigna, y cirugía conservadora en 1 paciente, por lesión palpable de 7cm, dolor y mal seguimiento.

De las 4 pacientes con tratamiento conservador ya se ha realizado control a 2 pacientes, a los 6 meses y al año, sin apreciarse cambios significativos en tamaño ni en el aspecto de las lesiones.

TABLA DE RESULTADOS

Paciente	Edad	Clinica	Mama afectada	Mx	Eco	Tamaño (mm)	Categoría BI-RADS
1	40	No palpable	Bilateral	No visible Mx densa	Asimetría focal. Mal definida Oval. Sombra posterior	26 20	4b
2	36	Palpable	MD Retroareolar	Nódulo denso oval bien definido	Nódulo oval hipoecoico bien definido. Sombra posterior	70	4b
3	34	Palpable	MI CSE	Asimetría focal	Nódulo oval hipoecoico bien definido. Sombra posterior	40	4b
4	41	Palpable	MD CSE	Asimetría focal	Nódulo oval hipoecoico mal definido. Sombra posterior	35	4c
5	35	Palpable	MI CSE	Asimetría focal	Nódulo oval hipoecoico mal definido. Sombra posterior	42	4c

Figura 2. Resultados.

En la anatomía patológica el hallazgo más frecuente es la mastitis linfocítica con lobulitis, ductitis y vasculitis linfocíticas en estadios iniciales en el 60% de los casos y en el 40% mastitis más evolucionada con esclerosis y fibrosis densa tipo queiloide.

PACIENTE 1

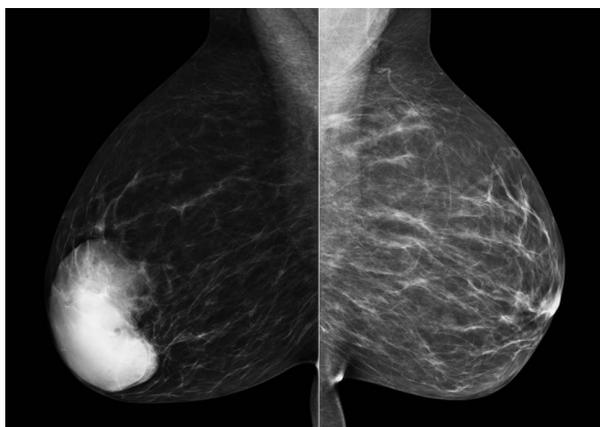


Figura 3. Mamografía bilateral en proyección OML: nódulo en región retroareolar de MD oval bien definido de densidad muy superior al parénquima mamario de aproximadamente 7 cm.

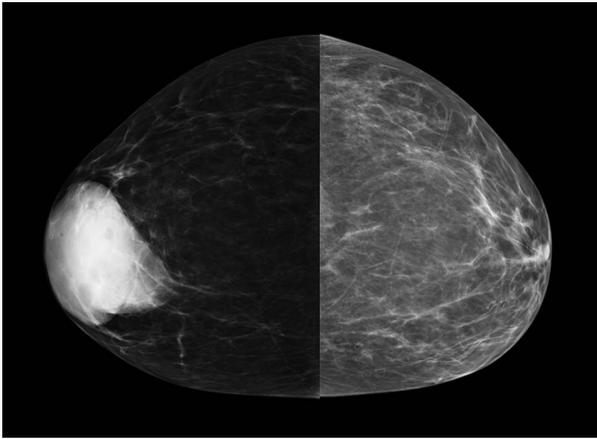


Figura 4. Mamografía bilateral en la proyección CC de MD. Se objetiva nódulo oval bien definido de densidad muy superior al parénquima mamario de aproximadamente 7 cm.

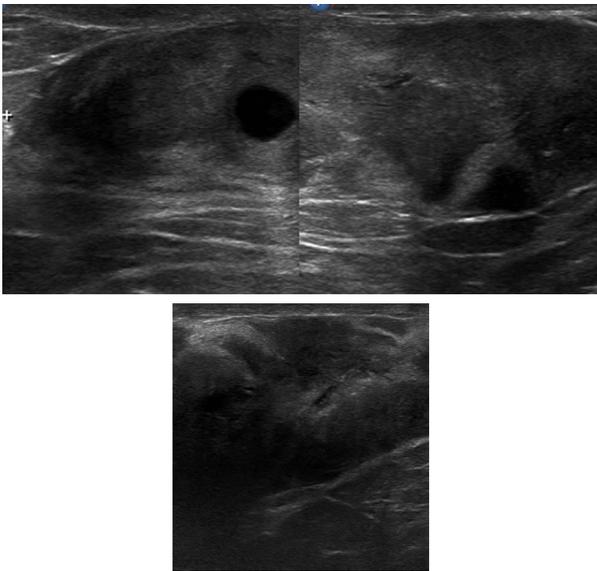


Figura 5. Ecográficamente corresponde con nódulo oval bien definido hipoeicoico con áreas quísticas en su interior y mala transmisión acústica posterior, Categoría BI-RADS 4B.

PACIENTE 2

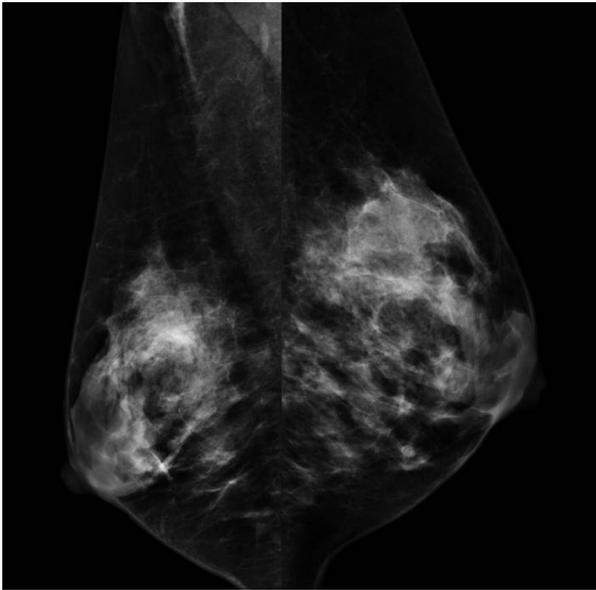


Figura 6. Mamografía bilateral Proyección OML. Se aprecian 2 asimetrías focales o densidades focales asimétricas en CSE de ambas mamas.

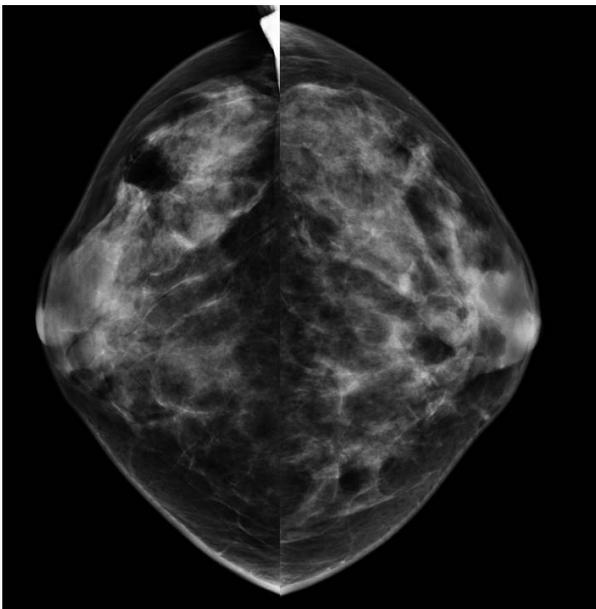


Figura 7. Mamografía Bilateral. Proyección CC. DFA bilaterales.

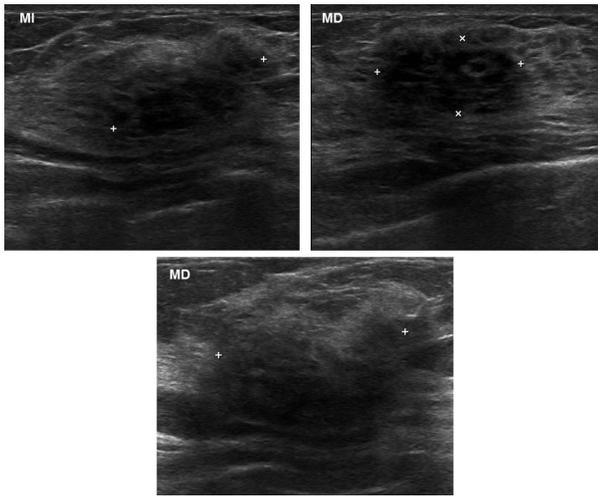


Figura 8. Ecográficamente corresponden con nódulos hipoeecóicos con bordes mal definidos. Mala transmisión acústica posterior de 20 y 26 mm, categoría BI-RADS 4C.

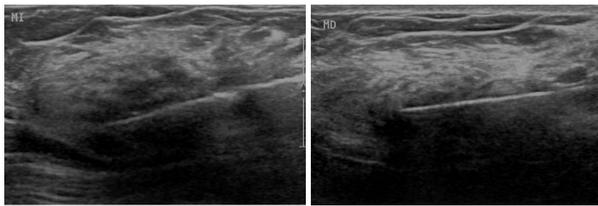


Figura 9. BAG guiada por ecografía (14G) de las lesiones bilaterales.

PACIENTE 3

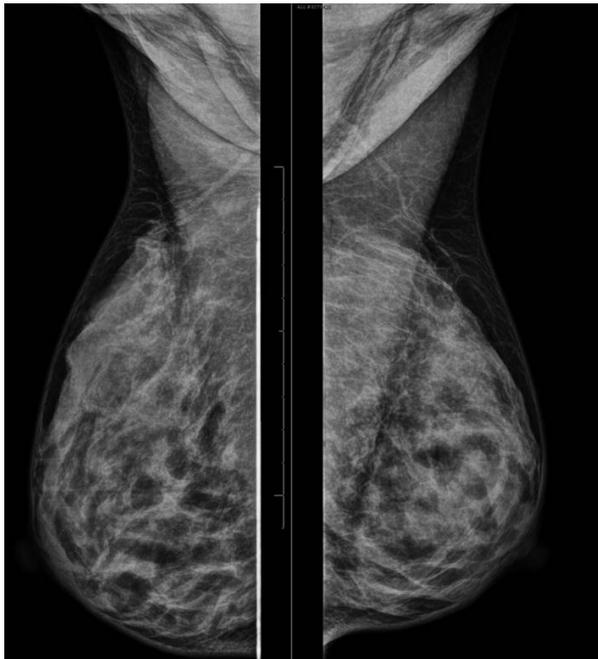


Figura 10. Mamografía bilateral. Proyección OML. Parénquima mamario extremadamente denso sin alteraciones significativas.

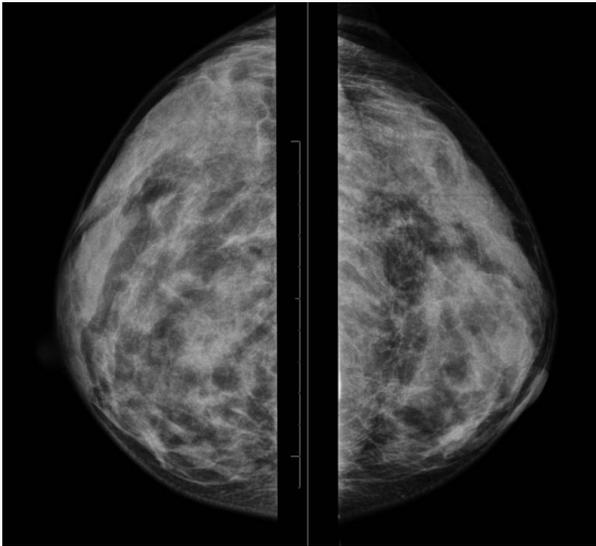


Figura 11. Mamografía bilateral. Proyección CC. Parénquima mamario extremadamente denso sin alteraciones significativas.

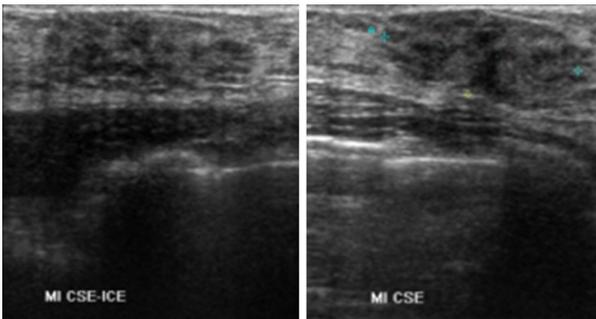


Figura 12. En ecografía se identifica un nódulo en CSE de MI con bordes bien definidos, con mala transmisión acústica posterior de 4 cm, Categoría BI-RADS 4B.

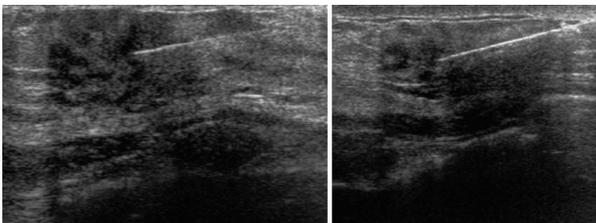


Figura 13. BAG guiada por ecografía (14G) de lesión nodular de 4 cm en CSE de MI.

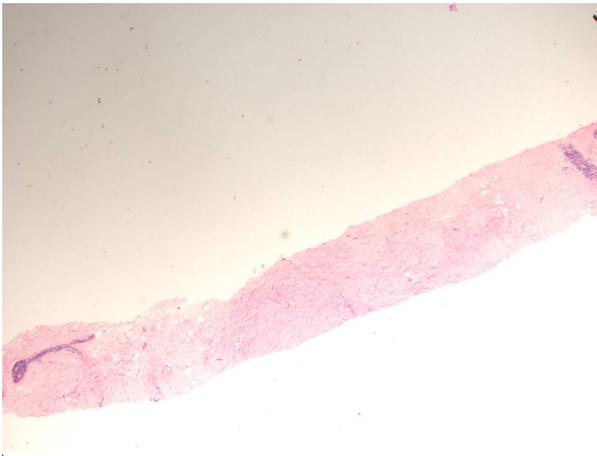


Figura 14. Estudio histopatológico con técnica de Hematoxilina-Eosina del cilindro de mama de 14 G.

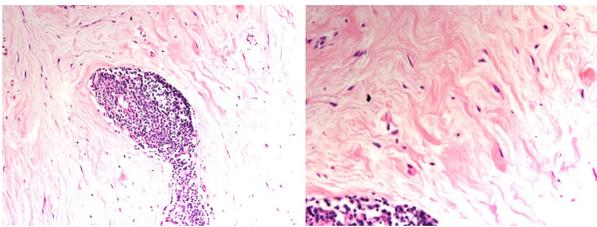


Figura 15. Lobulitis linfocítica esclerosante. Fibrosis densa e infiltrado linfocitario (linfocitos pequeños de aspecto maduro) alrededor de lobulillos y vasos con detalle de fibroblatos y densa fibrosis tipo queuloide.

Imágenes en esta sección:

Paciente	Edad	Clínica	Mama afecta	Mx	Eco	Tamaño (mm)	Categoría BI-RADS
1	40	No palpable	Bilateral	No visible. Mx densa	Asimetría focal. Mal definida. Oval. Sombra posterior.	26 20	4b
2	36	Palpable	MD Retroareolar	Nódulo denso oval bien definido	Nódulo oval hipocóico bien definido. Sombra posterior.	70	4b
3	34	Palpable	MI CSE	Asimetría focal	Nódulo oval hipocóico bien definido. Sombra posterior.	40	4b
4	41	Palpable	MD CSE	Asimetría focal	Nódulo oval hipocóico mal definido. Sombra posterior.	35	4c
5	35	Palpable	MI CSE	Asimetría focal	Nódulo oval hipocóico mal definido. Sombra posterior.	42	4c

Fig. 2: Tabla de resultados

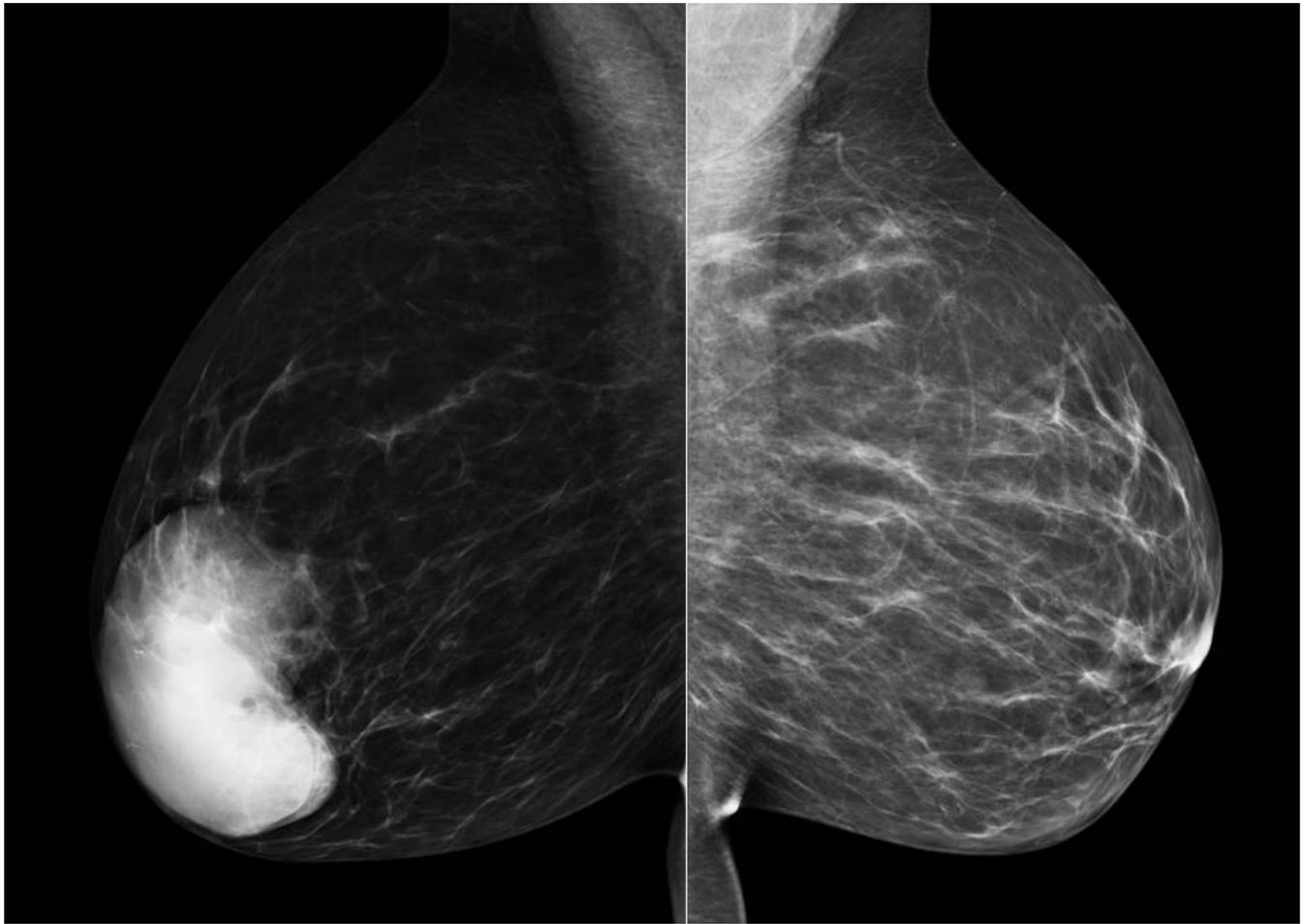


Fig. 3: Paciente 1. Mamografía bilateral en proyección OML: nódulo en región retroareolar de MD oval bien definido de densidad muy superior al parénquima mamario de aproximadamente 7 cm.

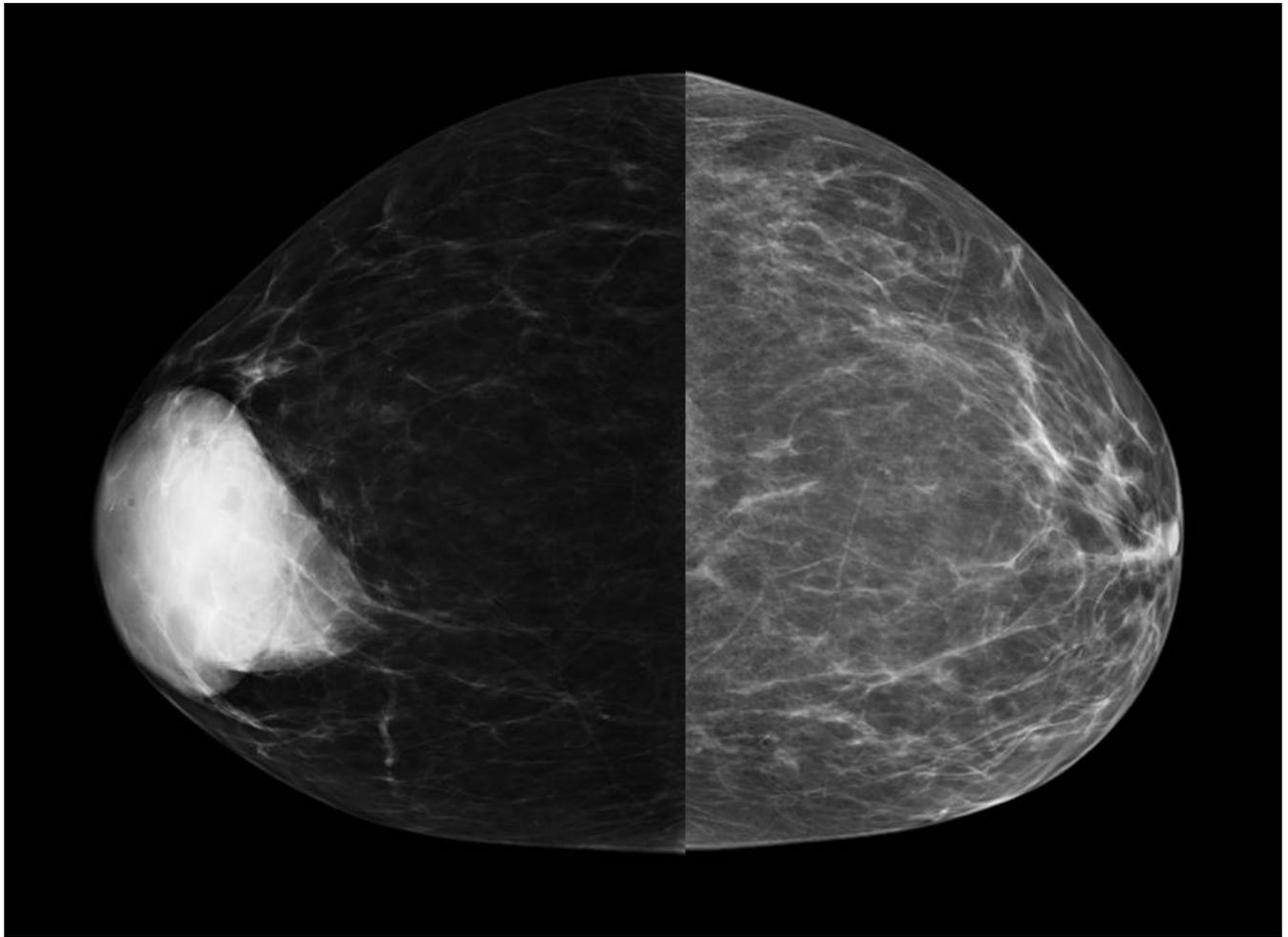


Fig. 4: Paciente 1. Mamografía bilateral en la proyección CC de MD. Se objetiva nódulo oval bien definido de densidad muy superior al parénquima mamario de aproximadamente 7 cm.

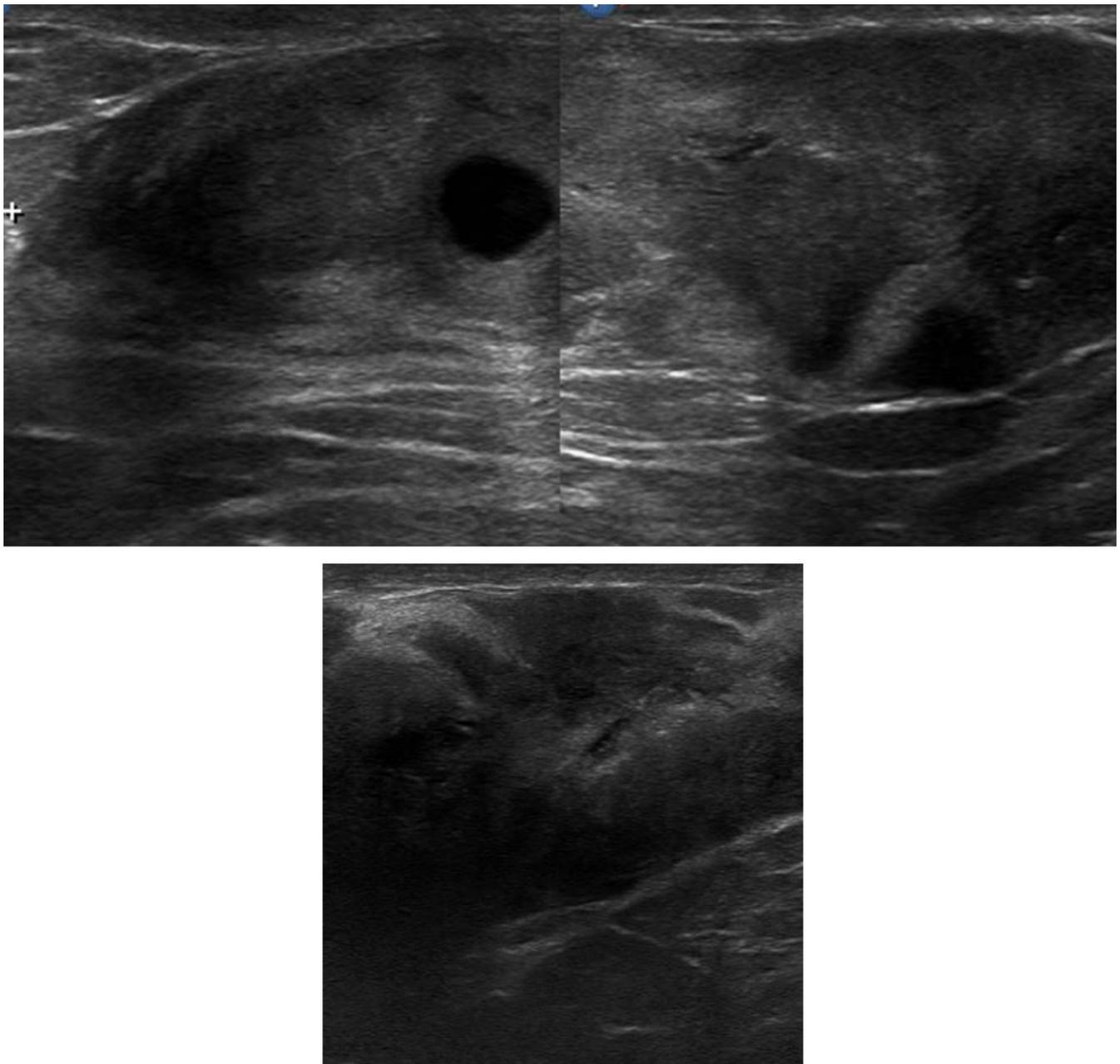


Fig. 5: Paciente 1. Ecográficamente corresponde con nódulo oval bien definido hipoeicoico con áreas quísticas en su interior y mala transmisión acústica posterior, Categoría BI-RADS 4B.

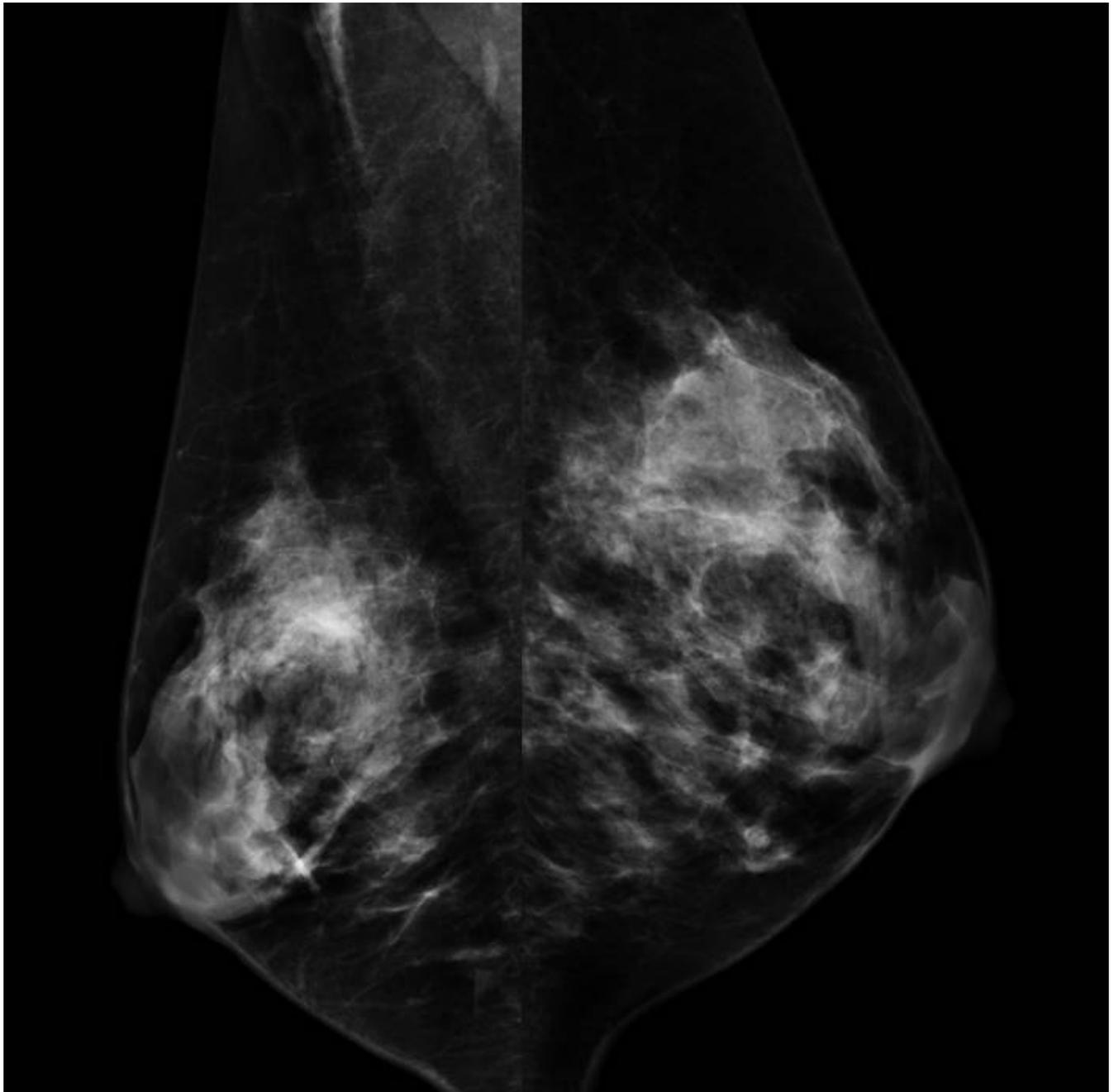


Fig. 6: Paciente 2: Mamografía bilateral Proyección OML. Se aprecian 2 asimetrías focales o densidades focales asimétricas en CSE de ambas mamas.

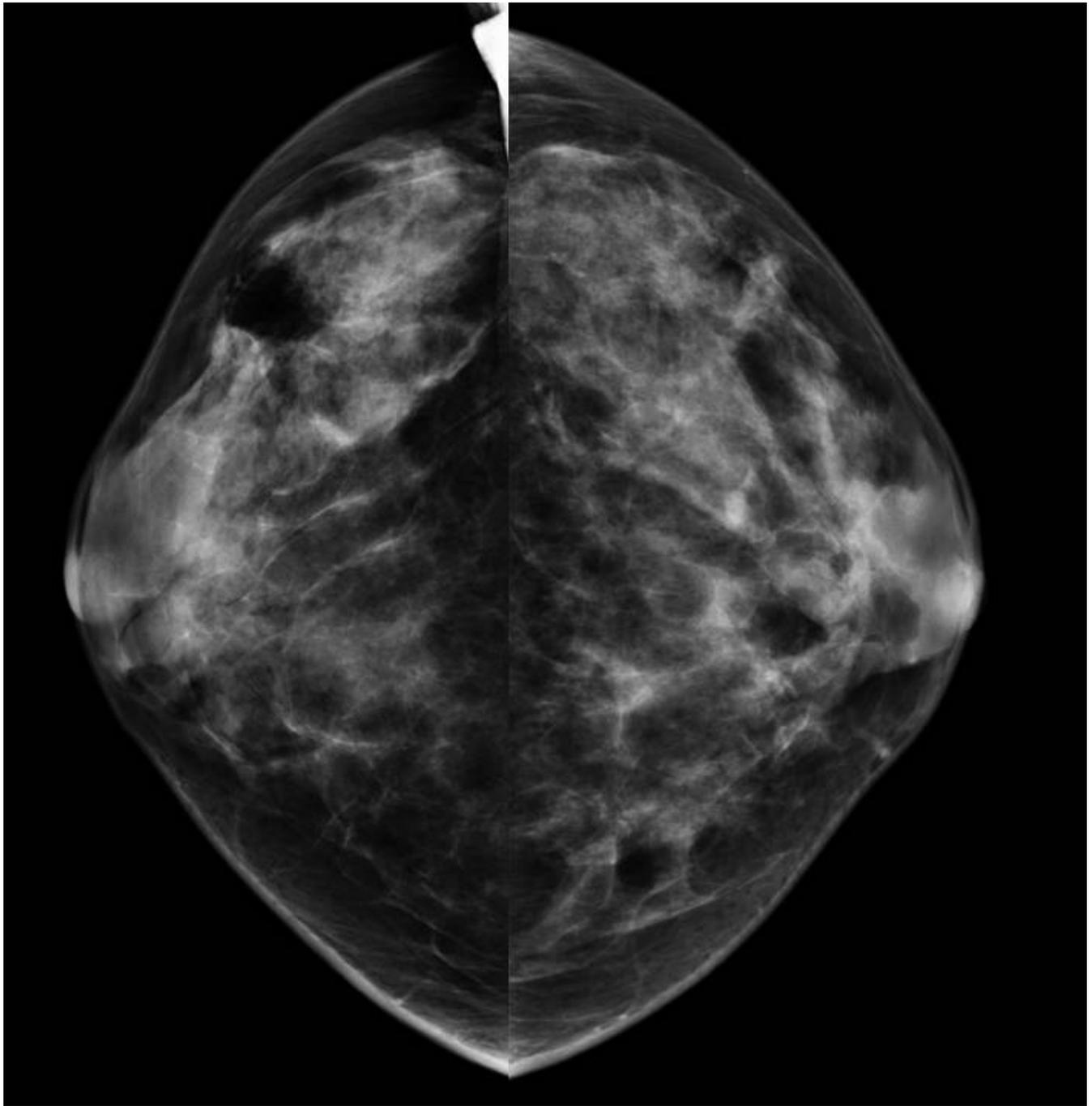


Fig. 7: Paciente 2: Mamografía Bilateral. Proyección CC. DFA bilaterales.

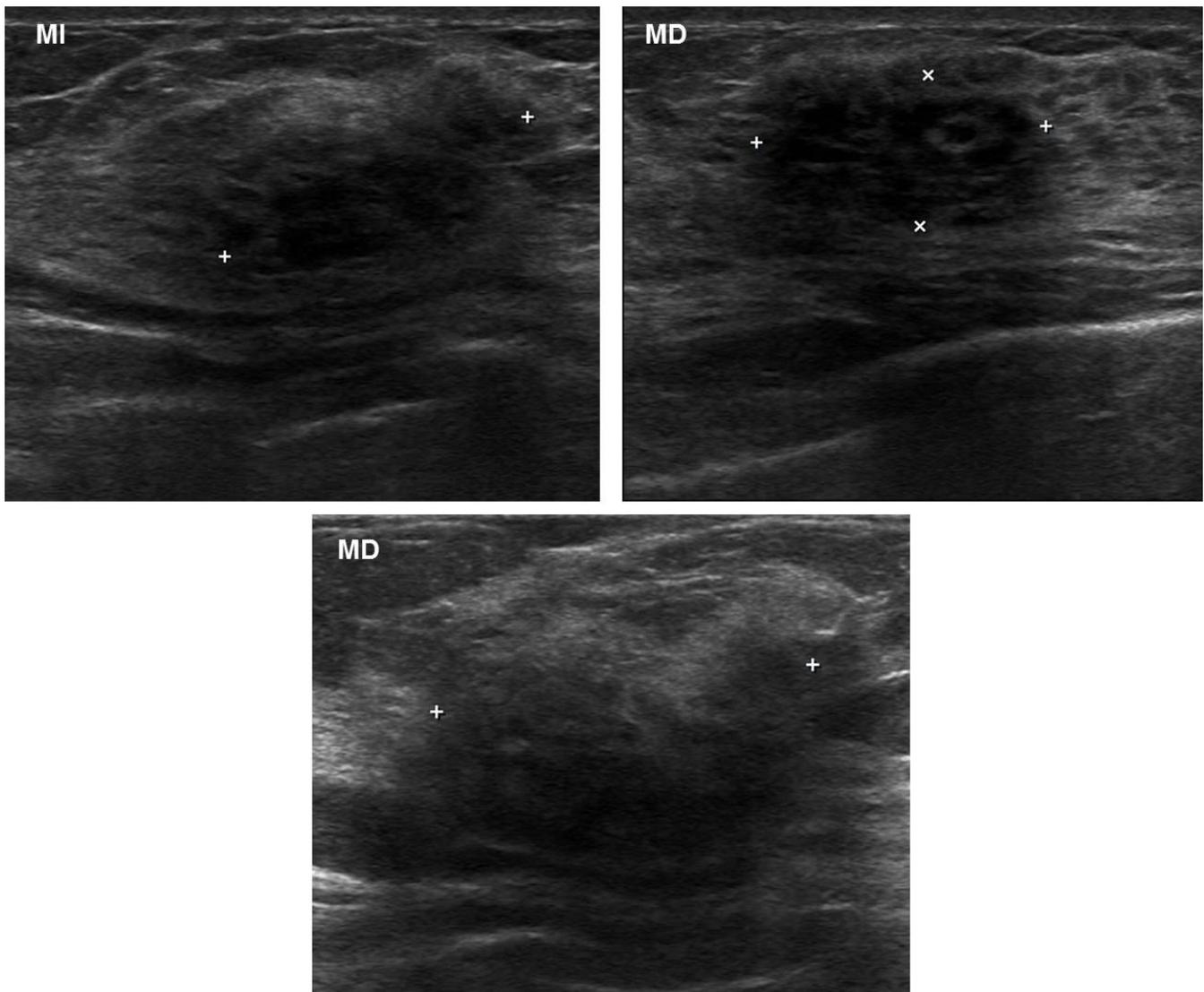


Fig. 8: Paciente 2: Ecográficamente corresponden con nódulos hipoecóicos con bordes mal definidos. Mala transmisión acústica posterior de 20 y 26 mm, categoría BI-RADS 4C.

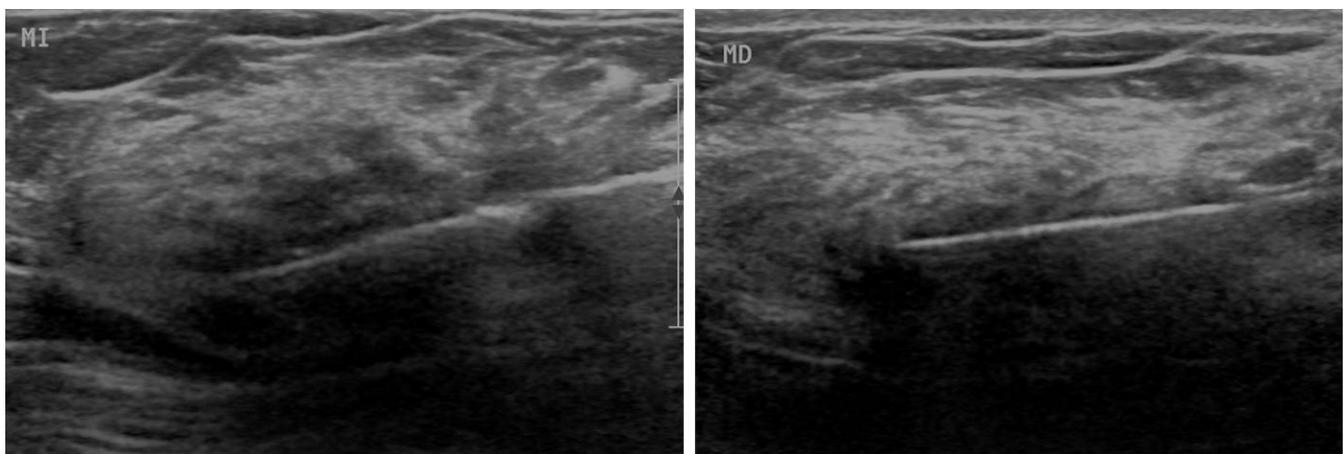


Fig. 9: Paciente 2. BAG guiada por ecografía (14G) de las lesiones bilaterales.

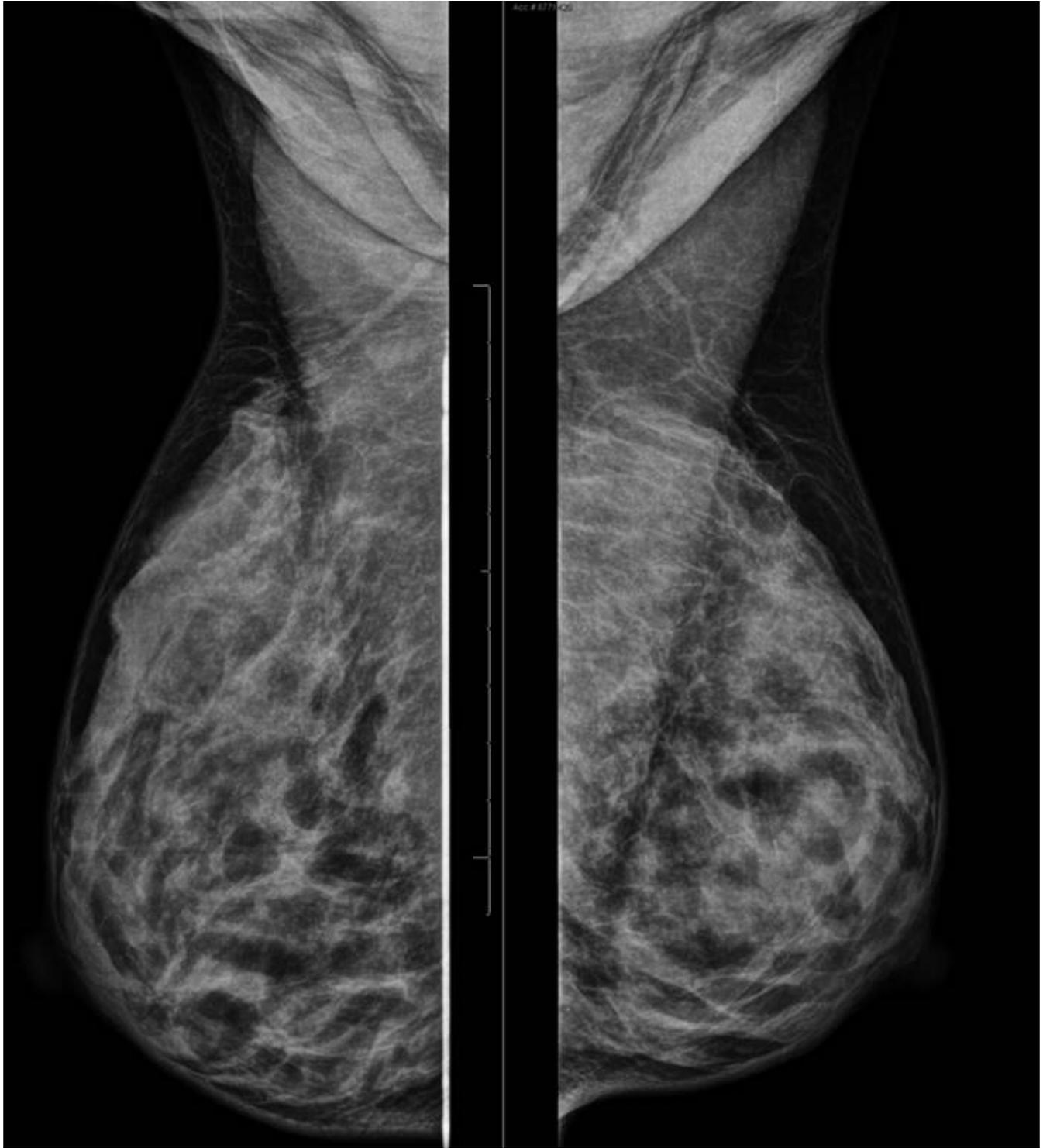


Fig. 10: Paciente 3. Mamografía bilateral. Proyección OML. Parénquima mamario extremadamente denso sin alteraciones significativas.

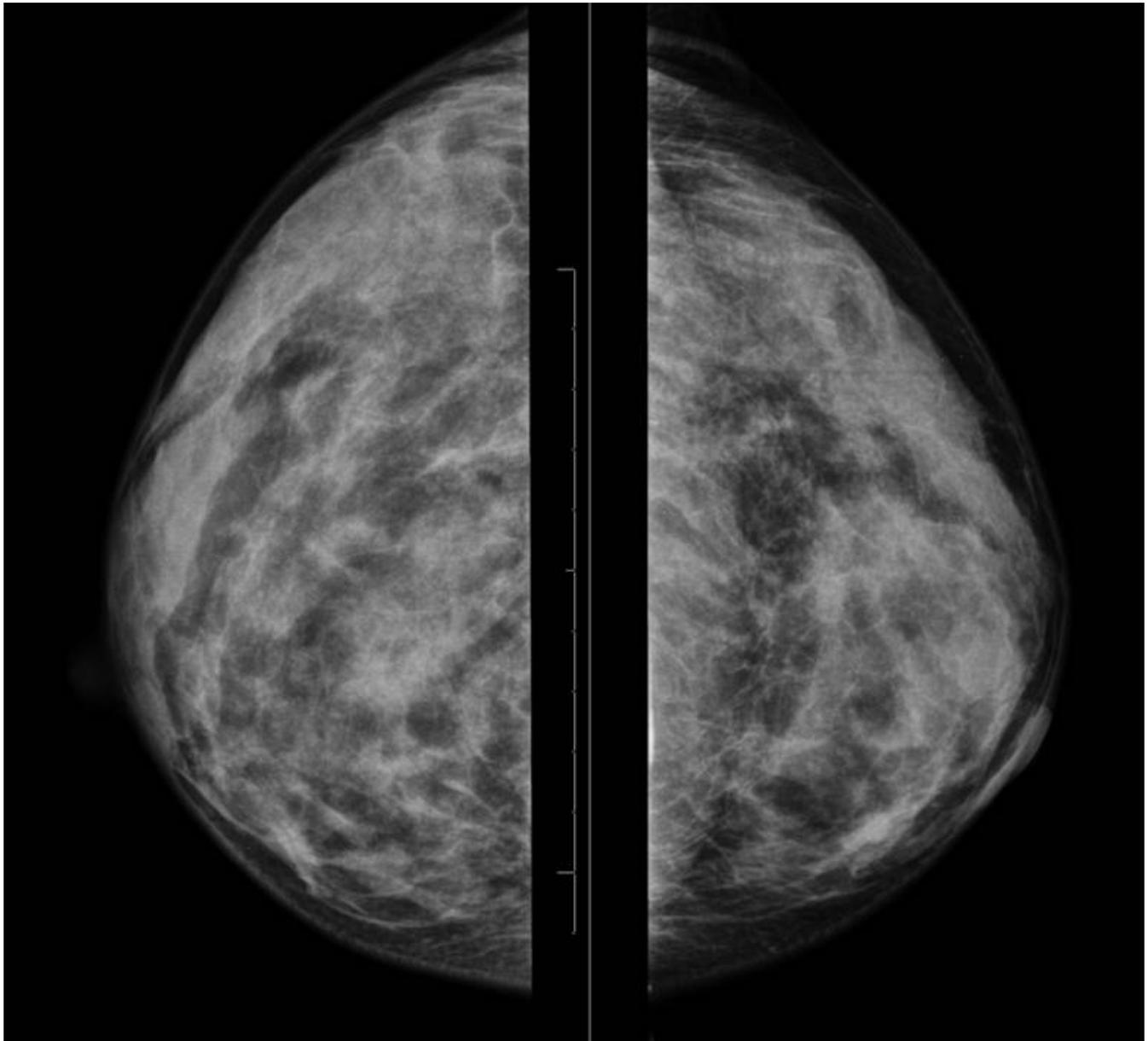


Fig. 11: Paciente 3. Mamografía bilateral. Proyección CC. Parénquima mamario extremadamente denso sin alteraciones significativas.

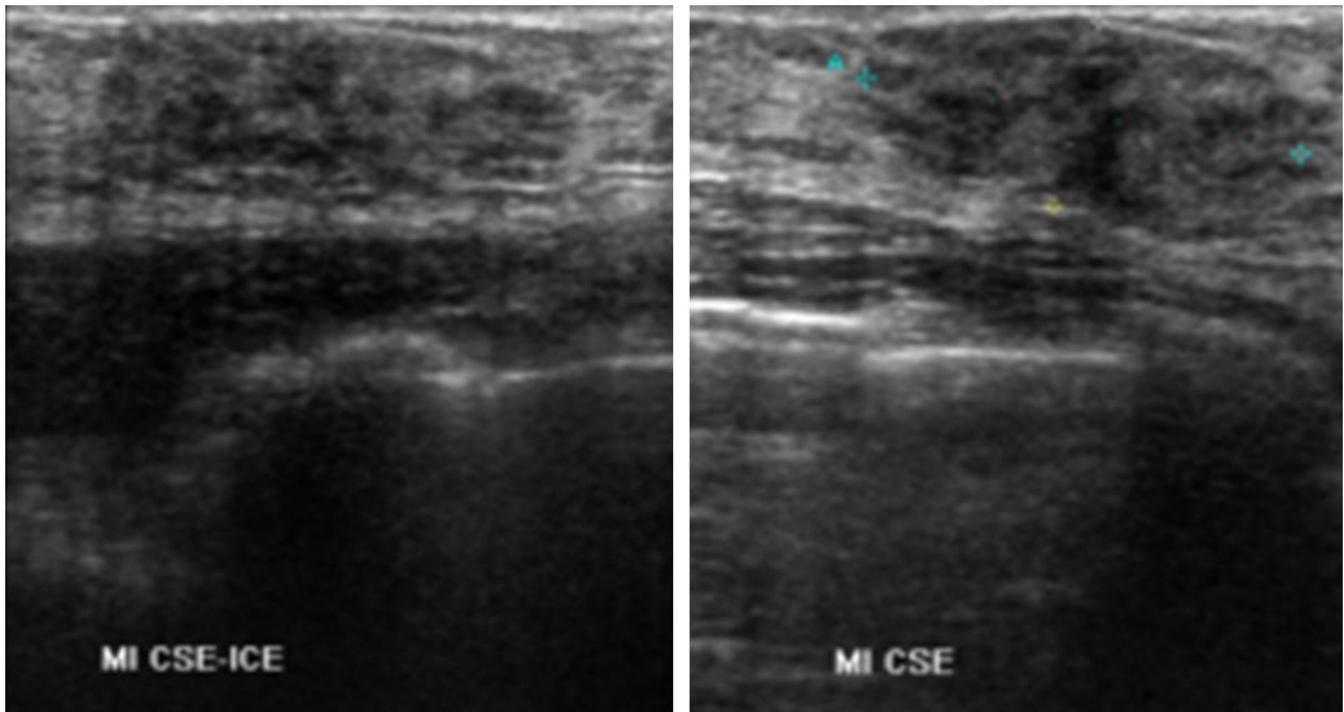


Fig. 12: Paciente 3: Ecográficamente corresponden con nódulo en CSE de MI con bordes bien definidos. Mala transmisión acústica posterior de 4 cm, Categoría BI-RADS 4B.

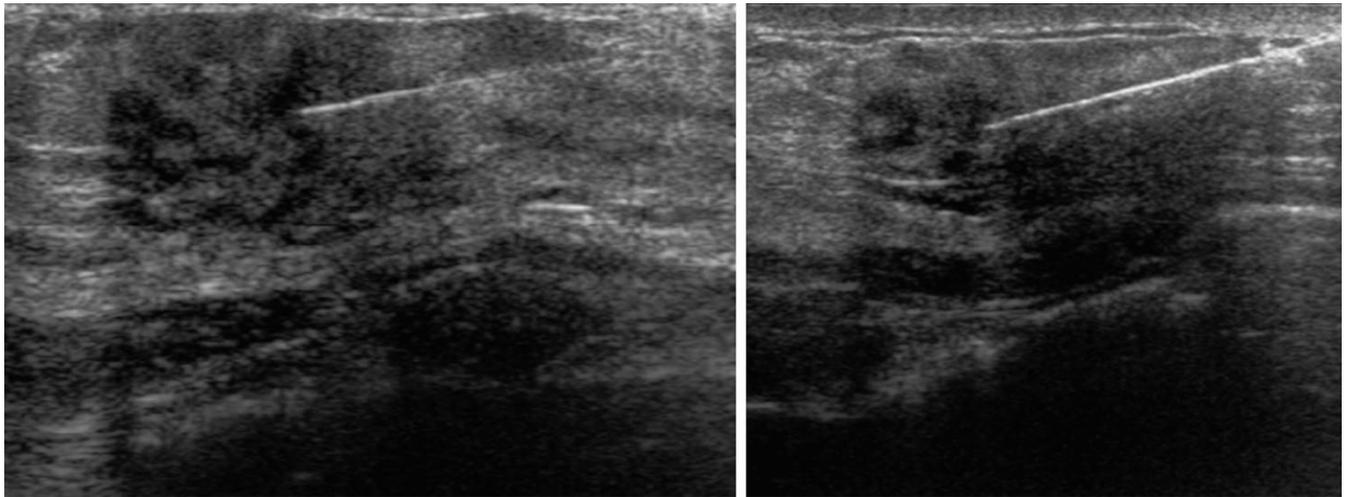


Fig. 13: Paciente 3. BAG guiada por ecografía (14G) de lesión nodular de 4 cm en CSE de MI.

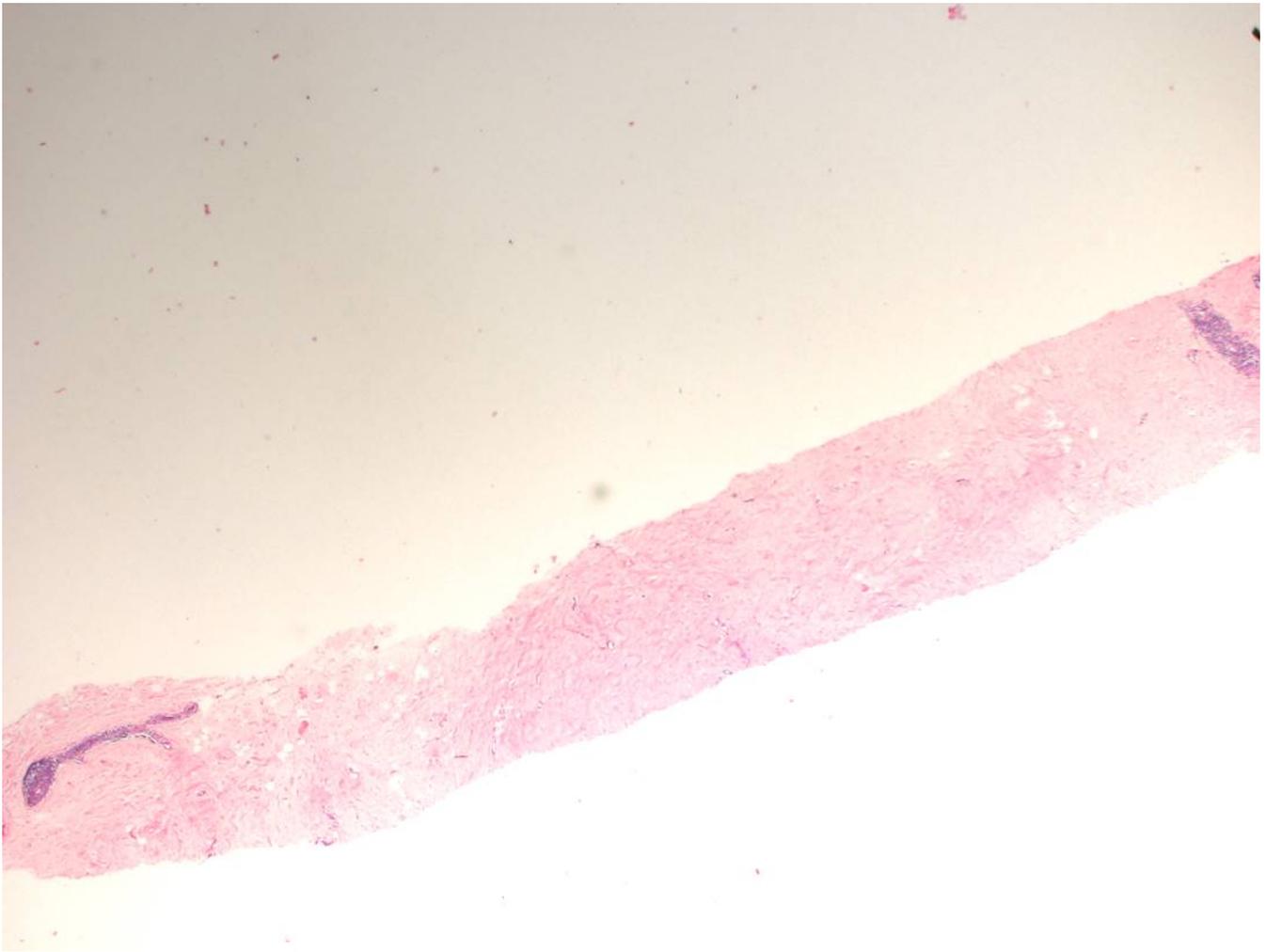


Fig. 14: Paciente 3. Estudio histopatológico con técnica de Hematoxilina-Eosina del cilindro de mama de 14 G

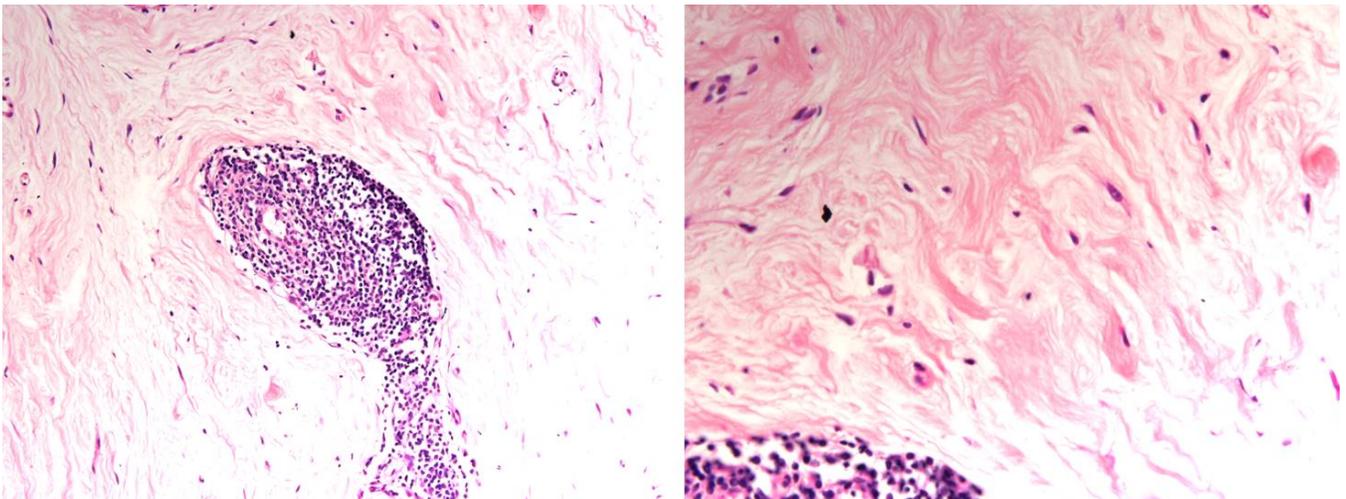


Fig. 15: Paciente 3. Lobulitis linfocítica esclerosante. Fibrosis densa e infiltrado linfocitario (linfocitos pequeños de aspecto maduro) alrededor de lobulillos y vasos con detalle de fibroblatos y densa fibrosis tipo queloide.

Conclusiones

-La mastopatía diabética es una entidad benigna de la mama poco frecuente pero importante, a tener en cuenta en pacientes premenopáusicas con diabetes insulino-dependiente tipo 1 con clínica de lesión palpable y hallazgos de imagen categoría BI-RADS 4.

-El radiólogo tiene que conocer esta entidad y orientar al patólogo para su diagnóstico, ya que esto conlleva un adecuado manejo terapéutico.

-Desde el punto de vista de imagen presenta hallazgos superponibles al cáncer de mama pero histopatológicamente es una forma de mastitis linfocitaria con fibrosis.

-Al ser una patología benigna, el tratamiento es conservador, con un seguimiento clínico y radiológico. El tratamiento quirúrgico no es de elección; sólo se realiza si no se puede hacer seguimiento adecuado o existen otros síntomas asociados.

Bibliografía / Referencias

-Ricart Selma V, Camps Herrero J, Martínez Rubio C, Cano Munoz R, González Noguera PJ, Forment Navarro M, Cano Gimeno J. Mastopatía diabética: clínica, hallazgos radiológicos y anatomopatológicos y tratamiento. Radiología. 2011;53(4):349-354.

-Caballero Garete A, Martínez Agulló A, Lloret Pastor C, Ampudia-Blasco FJ, Burgués Gasió O. Mastopatía diabética: diagnóstico y tratamiento. Av Diabetol. 2008;24:210-3.

- Wong KT, Tse GM, Yang WT. Ultrasound and MR imaging of diabetic mastopathy. Clin Radiol. 2002; 57(8):730-5.

- Thorncroft K, Forsyth L, Desmond S, Audisio RA. The diagnosis and management of diabetic mastopathy. Breast J. 2007; 13(6):607-13.

- Sabaté JM, Clotet M, Gómez A, De Las Heras P, Torrubia S, Salinas T. Radiologic evaluation of uncommon inflammatory and reactive breast disorders. Radiographics. 2005; 25(2):411-24.

- Neetu G, Pathmanathan R, Weng NK. Diabetic Mastopathy: A Case Report and Literature Review. Case Rep Oncol. 2010; 3(2):245-251.